

# ESTUDIO

PATOGÉNICO,

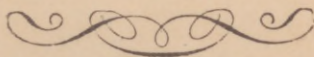
# DIAGNÓSTICO Y PSICOLÓGICO DE LA EPILEPSIA.

TÉSIS PARA EL EXÁMEN PROFESIONAL  
DE MEDICINA Y CIRUJIA

POR

Carlos L. Chaix,

ALUMNO  
DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO.



MEXICO.

IMPRESA DE LA VIUDA DE MURGUIA É HIJOS, PORTAL  
DEL AGUILA DE ORO.

1870.



---

# A LA MEMORIA DE MI PADRE.

---

AL DISTINGUIDO PROFESOR DE MEDICINA LEGAL EN LA  
ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO,

Don Luis Hidalgo y Carpio,

SU ATENTO DISCIPULO,

*C. L. Ch.*

---





## INTRODUCCION.

---

*Sin conocer el origen de una enfermedad y sin distinguirla de sus parecidas, no se puede instituir una terapéutica racional; sin conocer las consecuencias morales de un padecimiento, no podrá distinguirse en todos los casos el hombre sano del hombre enfermo, la criminalidad de la inocencia.*

Consideraciones son estas, señores, que no necesitan comentario alguno para justificar la preferencia que he dado al estudio de los tres puntos que forman el objeto de mi Tesis; ellas condensan, por decirlo así, todo cuanto pudiera decirse sobre la importancia del estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la epilepsia; ellas reasumen la parte altamente filantrópica y humanitaria que toma el médico en su noble mision; ellas inculcan los mas ardientes deseos de escudriñar los misterios de nuestra naturaleza para caminar al perfeccionamiento de nuestra sociedad.

Como hijo reconocido de la Escuela de Medicina; como discípulo admirador de los hombres ilustres que forman el alma de este plantel científico, hubiera deseado como el que mas, ser original en mi trabajo: ó por lo menos, preciso en mi descripcion; pero ya que esto no fué así, porque no tengo los conocimientos profundos que se necesitan, ni la experiencia personal suficiente, apelo á los buenos sentimientos de mis jurados, que disimularán los defectos de mi primer ensayo.

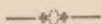
Febrero de 1870.



---

---

# PARTE PRIMERA.



## PATOGENIA.

Son tan diversas y en tan gran número las opiniones que han formulado los autores sobre las causas próximas de la epilepsia, que bien puede traducirse en cada una de ellas el estado que ha guardado la medicina en los diversos periodos de su dilatada transición; no me refiero á los tiempos tenebrosos de la edad media, tampoco aludo á otras épocas anteriores al sábio de Cos, porque entonces la medicina no era una ciencia. Sin el método riguroso de la observación de los Sydenham y Baglivi, sin la palanca tan poderosa de la fisiología experimental instituida por Magendie, sin el auxilio tan indispensable del escalpelo no podía haber los materiales necesarios para levantar el edificio de la ciencia de Hipócrates; por eso los antiguos, nutridos con las mas absurdas preocupaciones habian supuesto que la epilepsia era el resultado de las influencias de los astros, de la venganza celeste; pero pasaron al fin esos tiempos, llegó la época de la redención científica y las doctrinas que aparecieron entonces eran mas conformes con el espíritu de la civilización y el adelanto.

Es verdaderamente difícil y seria prolijo enumerar una por una todas las alteraciones que se han observado en los cadáveres de los epilépticos, no entiendo hablar aquí de las que se han visto en los aparatos circulatorio, respiratorio y génito-urinario, porque en el estado actual de la ciencia es imposible



referir á estas lesiones ninguna idea patogénica; me refiero tan solo al catálogo inmenso de las alteraciones anatómicas de los centros nerviosos.

Morgagni, en su *Lettre sur la epilepsie*, fundándose en los resultados de muchas inspecciones cadavéricas, se habia creído autorizado para admitir la encefalitis aguda ó crónica como la causa de esta terrible enfermedad; pero Georget combatia victoriosamente esta opinion manifestando que este gran anatómico, ó habia tomado por epilepsia la encefalitis caracterizada por accesos epileptiformes, ó confundia estas dos enfermedades en los casos en que la encefalitis habia venido á terminar de una manera funesta una serie de violentos ataques epilépticos.

Greting encontraba reblandecido el cerebro de estos desgraciados; cosa nada estraña en un órgano que es tan frecuentemente el sitio de flecmasias intercurrentes ó últimas!

Portal habia visto congestiones sanguíneas, rupturas vasculares, derrames serosos en la sustancia propia del encéfalo ó entre sus membranas.

Broussais con su esclusivismo memorable de la irritacion asentaba que la epilepsia era una variedad de la irritacion cerebral.

Soemmering veia en esta enfermedad el efecto del endurecimiento de la glándula pineal.

Esquirol la atribuia á unas pequeñas placas lenticulares ú osiformes que se le habian presentado repetidas veces en la aracnoides raquidiana de los epilépticos.

Boucher y Cazauvieilh han insistido particularmente sobre las alteraciones de consistencia que presenta la sustancia blanca del encéfalo.

Otros muchos observadores en fin, habian presumido como origen de esta afeccion las alteraciones mas diversas del aparato cerebro-espinal; el espesamiento de los huesos del cráneo, sus deformidades, su adelgazamiento, sus vicios de conformacion; depósitos plásticos en el tejido de la dura-madre, osificaciones de esta membrana, diferencia de peso entre los dos hemisferios, quistes idáticos en los plexus coroideos y otra multitud de diferentes estados patológicos tan poco comunes en la epilepsia como frecuentes en los demas padecimientos cerebrales.



Foville ha dicho: si se examina el sistema nervioso de un epiléptico en el que no haya existido una perturbacion durable en el ejercicio de las facultades intelectuales y motrices, no se encontrará ninguna alteracion constante. Si el enfermo ha sucumbido á alguna afeccion estraña á la epilepsia, nada se observa en el mayor número de casos; algunas veces hay un tubérculo, un cáncer, una produccion osteo-calcar, una fractura mal consolidada que muy bien puede considerarse como la causa ocasional del desórden que ha escitado los ataques; pero este desórden ha desaparecido como los síntomas; persiste el tubérculo y sin embargo ningun fenómeno traduce su presencia. Si el enfermo ha muerto en un ataque se encuentra constantemente una congestion encefálica; pero esta alteracion es debida al estado de asfixia en que ha sucumbido el paciente. En los epilépticos que ofrecen un desórden intelectual permanente y una debilidad de los movimientos, se encuentra en el tejido nervioso encéfalo-raquidiano, en sus cubiertas membranosas ó huesosas alguna de las alteraciones ya descritas; sin que sea posible determinar la que caracteriza la epilepsia; en el mayor número de casos, el exámen mas atento no puede hacer descubrir ninguna lesion. “Certum enim est; dicitur Van-Swieten, causam epileptie adeo latere posse, ut nullis sensibus obtegi possit, sed tantum se manifestet suis effectis.”

Los modernos á su vez, sin desalentarse despues de tantas pesquisas, y estimulados por mas halagüeña esperanza de que la naturaleza no siempre ha de ser rebelde á sus esfuerzos, continuaron sus investigaciones con la mejor buena fé; pero como lo hace notar Calmeil, todas las lesiones encefálicas y medulares que han sido reconocidas á la autopsia son el efecto y no la causa de la enfermedad; sabido es por ejemplo, que los pequeños puntos equimóticos que se encuentran en la superficie del cerebro, tienen su explicacion en los accidentes apoplejiformes que caracterizan el tercer periodo del ataque. Las congestiones, las hemorragias, el reblandecimiento deben ser considerados tambien como el efecto de la misma enfermedad y nada mas.

Los trabajos mas recientes que se han publicado sobre esta materia, parecen probar de una manera concluyente que la epilepsia puede desarrollarse sin alteracion de estructura

apreciable en los centros nerviosos; pero que si esta enfermedad ha durado mucho tiempo origina modificaciones persistentes en la pulpa cerebro-espinal.

Schroder van der Kolk, fundándose en las esperiencias modernas instituidas sobre los animales y aprovechando los conocimientos fisiológicos actuales mas importantes, localiza en la médula alargada y las partes del cerebro situadas en su base, el punto de partida de las convulsiones de la epilepsia; la evidencia de los hechos, dice este sábio profesor, justifican esta localizacion; porque: 1º se provocan convulsiones análogas á las convulsiones epilépticas cuando se irrita la base del cerebro por medio del aparato de induccion y no se producen si se irrita de la misma manera las diversas regiones de los grandes hemisferios. 2º Las funciones de estos últimos se suspenden durante el estado convulsivo; no es probable que estos órganos puedan dar impulsiones motrices en el mismo momento en que está extinguida la escitabilidad en las otras celdillas ganglionares y fibras nerviosas de otro orden. 3º Se pueden observar sobre los animales convulsiones enteramente semejantes á las convulsiones epilépticas, aun despues de haber estirpado uno y otro hemisferio. Por otra parte, el estudio mismo del acceso epiléptico justifica perfectamente segun él esta suposicion; las convulsiones son bilaterales; ocupan primero las regiones animadas por los nérvios que parten de la médula alargada, (facial, glosó-faríngeo, espinal y gran hipoglosó); el acceso presenta la instantaneidad y la duracion limitada de las manifestaciones motrices que reconocen por causa una irritacion de esta parte de la médula.

Partiendo de estos principios y despues de haber encontrado una dilatacion de los capilares arteriales de la médula alargada y un espesamiento de las paredes de estos capilares, el eminente patologista aleman cree que es permitido admitir que las convulsiones epilépticas dependen principalmente de un aumento en el aflujo de sangre arterial hácia la médula alargada. En los casos recientes de mal epiléptico, solo se encuentra, segun el autor que acabo de citar, una simple hiperemia; la enfermedad, encontrándose entonces en su primer periodo, es curable; pero continuando, esta dilatacion de los vasos capilares se constituye en una causa permanente de irritacion de las celdillas ganglionares, y como este ensancha-



miento de volúmen vascular aumenta en cada acceso, cada nuevo ataque es la causa ocasional de un acceso ulterior. De aquí resulta, que pasado cierto tiempo, queda gravada la existencia de esta enfermedad por lesiones persistentes incurables; á la dilatacion de los vasos sigue la exudacion de una sustancia albuminosa; las paredes vasculares se endurecen, los elementos nerviosos mismos participan de esta induracion; despues, sufriendo una trasformacion regresiva pasan al estado grasoso y se reblandecen considerablemente. Las experiencias instituidas por Kusmaul y Tenner han dado por resultado una teoría opuesta á la anterior, porque estos observadores han probado que se pueden obtener accesos epileptiformes impidiendo que la sangre arterial llegue al cerebro; de manera que para estos experimentadores la anemia arterial del encéfalo seria la única causa de las convulsiones epilépticas. La verdad es que la médula alargada llega á encontrarse en un estado de irritabilidad morbosa apto para provocar convulsiones epilépticas, sin que sea necesario un aumento ó disminucion de su contenido sanguíneo, y que este, es debido en algunos casos á materiales anormales de la nutricion ó á la presencia de ciertas sustancias en la sangre; debemos admitir tambien, que la médula alargada presenta este estado de irritabilidad morbosa, por la trasmision escitativa anormal procedente de una region lejana central ó periférica; muy conocidos son los casos de nevrómas, cicatrices ó tumores que han producido la epilepsia comprimiendo los nérvios periféricos, y en los cuales esta enfermedad ha desaparecido despues de alejadas estas anomalías ó de que se habia verificado la seccion de los nérvios interesados.

Las convulsiones de la epilepsia son de la clase de los fenómenos reflejos. El estado de escitacion de la médula alargada que forma la base de los accesos epilépticos, depende como lo hemos dicho ya de influencias muy variadas. Pero cómo esplicar que en la epilepsia la escitacion de los nérvios motores no es continúa y solo se manifiesta por paroxismos aislados? Depende esto acaso de una irritacion puramente temporal de la médula alargada? La intermitencia de la manifestacion convulsiva, seria un argumento en favor de la opinion de Kusmaul y Tenner, segun la que debe admitirse un espasmo pasajero de las fibras musculares de los vasos y la

anemia arterial consiguiente como la causa de los accesos de la epilepsia? Las intoxicaciones de la sangre y las otras causas morbíficas determinarían los accesos provocando en ciertos momentos este espasmo vascular? Se deben comparar los ganglios medulares á la botella de Leyden, ó al aparato eléctrico de ciertos pescados como lo hace Schroeder van der Kolk? El acceso epiléptico seria análogo á la chispa sacada de la botella ó á la descarga del órgano eléctrico de estos animales, recargándose en seguida los ganglios nerviosos en el intervalo de los ataques del mismo agente explosivo? Cuestiones son estas cuya solucion no puede darse en el estado actual de la ciencia; ni las imaginaciones mas fecundas, ni los ingenios mas privilegiados, ni las inteligencias mas preponderantes han podido descubrir hasta hoy la razon palmaria, el motivo justificado, la explicacion satisfactoria de todas estas suposiciones.

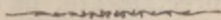
Brown-Sequard, dando á conocer los resultados de sus investigaciones sobre la epilepsia, espone de la manera siguiente el mecanismo y la sucesion de los diferentes periodos del acceso.



CAUSAS.

EFECTOS.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. "Escitacion de ciertas partes del sistema nervioso éxito-motor."</p> <p>2. "Contraccion de los vasos de la cara."</p> <p>3. "Contraccion de los vasos del encéfalo."</p> <p>4. "Extension de la escitacion éxito-motriz del sistema nervioso."</p> <p>5. "Contraccion de los músculos de la laringe y de los músculos expiradores."</p> <p>6. "Extension mas considerable al sistema nervioso éxito-motor."</p> <p>7. "Pérdida de conocimiento y contracciones tónicas."</p> <p>8. "Laringismo, traquelismo, fijeza del pecho."</p> <p>9. "Oxigenacion insuficiente."</p> <p>10. "Asfixia, irritacion mecánica de la base del encéfalo por la presion de la sangre."</p> <p>11. "Agotamiento de la fuerza nerviosa en general, y de la escitabilidad refleja en particular, á escepcion de la fuerza respiratoria que vuelve poco á poco al estado normal."</p> | <p>1. "Contraccion de los vasos sanguíneos del cerebro y de la cara; convulsion tónica de alguno de los músculos de los ojos y de la cara."</p> <p>2. "Palidez de la cara."</p> <p>3. "Pérdida de conocimiento; acumulacion de la sangre en la base del cráneo y en la médula."</p> <p>4. "Contraccion tónica de los músculos de la laringe, de la nuca y del torax: laringismo y traquelismo."</p> <p>5. "Grito inicial del acceso."</p> <p>6. "Extension de las contracciones tónicas á los músculos del tronco y de los miembros."</p> <p>7. "Caida inicial del acceso."</p> <p>8. "Oxigenacion insuficiente de la sangre; obstáculo á la vuelta de la sangre venosa de la cabeza y del canal vertebral."</p> <p>9. "Asfixia."</p> <p>10. "Convulsiones clónicas, contraccion del intestino, de la vejiga, del útero; ereccion, eyaculacion; aumento de muchas secreciones, esfuerzos de respiracion."</p> <p>11. "Fin del acceso; coma ó decaimiento; cefalalgia, sueño."</p> |
|---|---|



Jacoud hace notar en vista de esta tabla, que dos factores concurren á producir el acceso completo de epilepsia: la anemia cerebral y las contracciones tónicas que conducen á la asfixia.

Muchos observadores, despues de haber buscado inutilmente la causa próxima de esta terrible enfermedad en los sólidos de la economía, dirijieron sus investigaciones sobre los líquidos vitales; los resultados no fueron muy satisfactorios; sin embargo, debo mencionar de una manera especial los trabajos recientes del Dr. Poulet, por el valor que ellos puedan tener en una cuestion tan importante como de la que ahora se trata.

Desearia esponer detenidamente todas las observaciones clínicas, experimentos fisiológicos y demostraciones químicas que forman el cuerpo de este trabajo; pero no pudiendo hacerlo, me limitaré tan solo á trascribir el resumen con que el autor termina su memoria.

I. Existe en la orina de un pequeño número de epilépticos, examinada poco antes ó despues de los ataques, una proporcion mas ó menos considerable de carbonato de amoniaco.

II. Se puede calcular exactamente por los procedimientos alcalimétricos el grado de alcalinidad de la orina.

III. Cuando la orina de los epilépticos es ácida y no produce efervescencia con los ácidos, no debe concluirse por esto que no contiene un exceso de amoniaco; pues para calcular entonces su grado de alcalinidad debe emplearse un procedimiento de análisis especial.

IV. Procediendo de cierta manera, se ha visto que las orinas ácidas arrojadas despues de los ataques epilépticos, contenian una proporcion exagerada de amoniaco; en tanto que algunos dias despues, la misma cantidad de orina apenas suministraba unos ligeros vapores amoniacales.

V. La alteracion de la orina indica una alteracion equivalente de la sangre. Por esto se debe creer que en los casos citados, los ataques de epilepsia han sido provocados por el exceso de las sales amoniacales en la circulacion cerebral.

VI. Para probarlo directamente, he recurrido á la experiencia sobre los animales vivos. He demostrado que es siempre muy fácil comunicar á un perro un ataque epiléptico, inyectándole en la carótida una cantidad débil de una solucion



de carbonato de amoniaco ó de urato de la misma base. La sideracion del animal, la espuma en la boca, la rigidéz tetánica del cuerpo y de las mandíbulas, el estrabismo, la fijeza de los ojos, las convulsiones de los miembros, las evacuaciones involuntarias, la insensibilidad completa de los órganos de los sentidos, la duracion efímera de la crisis, han constituido un conjunto sintomático notable, de una semejanza perfecta con la epilepsia humana.

VII. Una esperiencia instituida con un fin especial conduce á veces á un descubrimiento inesperado. Así, el estado comatoso provocado por la influencia del urato de amoniaco sobre la pulpa cerebral, me ha parecido reproducir fielmente la imágen de estos casos singulares de sueño prolongado en el hombre, y cuya esplicacion nos era completamente desconocida.

VIII. He llamado *hiperamoniemia* al exceso de sales amoniacales en la sangre, y considero este estado como la causa próxima de la epilepsia. Despues asenté la hipótesis de que la hiperamoniemia es debida á la descomposicion de la urea, sea bajo el imperio del influjo nervioso, sea bajo la influencia de una verdadera fermentacion. En seguida he tratado de mostrar que, en la epilepsia, la dispepsia es mucho mas comun de lo que se cree generalmente, y yo atribuyo á esta dispepsia específica, intermitente, de largo periodo, la generacion del fermento necesario para la trasformacion de la urea.

IX. Deseando saber lo que hay de cierto en la doctrina de la uremia, he inyectado en la carótida de un perro una solucion de urea. Los síntomas que se han manifestado en este caso no han sido otros que los de un coma profundo, mas ó menos semejante al que ocupa el intervalo de los ataques de eclampsia, y cuya duracion ha sido de cinco minutos. Este conjunto sintomático me ha parecido mas que suficiente para inspirar por lo menos la duda con respecto á la pretendida inocencia del exceso de urea en la sangre. Agrego que, si no he podido obtener completamente la reproduccion del ataque eclámpico, depende esto únicamente del grado débil de mi solucion.

X. Variando la naturaleza de las sustancias inyectadas en la circulacion intra-craniana, se podrán tal vez obtener

resultados enteramente nuevos, propios para dar la esplicacion de estados morbosos todavia oscuros ó completamente desconocidos.

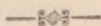
XI. La hiperamoniemia puede tambien ser reconocida en muchos estados morbosos diferentes de la epilepsia; por ejemplo, en el *vértigo á stomacho læso*, en la catalepsia, en la meningitis comatosa, en algunos casos de hemicrania, en ciertas nevrosis. Habrá algun médico que se sorprenda de la diversidad de efectos de una misma causa, segun su energía, segun la idiosincrasia del individuo, &c., &c?

XII. En fin, el conocimiento de la alteracion de la sangre arterial por el exceso de sales amoniacales, suministra la teoría de ciertos fenómenos epilépticos que han quedado inesplicables por medio de las antiguas hipótesis. Citaré notablemente el hecho de la suspension del ataque por la comprension de las carótidas. Nada hay de mas simple, admitiendo la presencia de una sustancia tóxica en el seno del sistema vascular. Por este conocimiento me ha sido posible preveer los ataques muchas horas antes por el exámen bicutidiano del líquido urinario. Esta prediccion, que seria de mucha importancia bajo el punto de vista de la cura de la epilepsia, se hace bien difícil por la delicadeza del procedimiento analítico y el tiempo que exige cada operacion, cuando la orina queda ácida durante los ataques.





## PARTE SEGUNDA.



### DIAGNÓSTICO.

CONSIDERACIONES GENERALES.—Al estudiar este punto tan importante como difícil en la historia de la epilepsia, no he perdido menos que comprender lo que tantas veces se ha dicho: poca uniformidad; ninguna precision; grande anarquía; caos completo cuando se tratan de acomodar á nuestra inteligencia los misterios profundos de la organizacion humana.

La divergencia de opiniones en que se encuentran los autores; la incompatibilidad doctrinal con que se tropieza á cada paso; la falta de subordinacion científica en materia de clasificacion, ha dado por resultado inevitable el que se multipliquen hasta el infinito las formas de una misma enfermedad; y á tal grado, que estas han llegado á ser tan numerosas como los síntomas observados, y tan variadas como los individuos. Léase á Sauvages, y se encontrarán ahí catorce especies epilépticas fundadas en la apreciacion etiológica; Bosquillon las reduce á nueve; Esquirol disminuye el número; en una palabra, Frank, Prichard, Maissonneuve y cada uno de los autores que se han ocupado de esta enfermedad, han establecido su division particular.

Por otra parte; mientras que la epilepsia es para unos una enfermedad esencialmente convulsiva caracterizada por los grandes ataques con sus tres periodos bien marcados; para otros el mal caduco, no es una enfermedad; es un síntoma debido á las causas, á las lesiones, á los padecimientos mas diversos, y que no puede constituir por sí mismo una entidad patológica distinta.

Tanto inconveniente habria en reducir el cuadro de la epi-

lepsia, como en estender sus límites indefinidamente hasta el punto de hacer toda línea divisoria flotante, toda distincion imposible. La cuestion de límite no puede resolverse de una manera absoluta en el estado actual de la ciencia; pero tampoco ha de quedar sujeta al capricho individual de cada médico.

Si se externa por un momento el grande ataque convulsivo como base de la enfermedad epiléptica y se ponen á un lado los casos tipos, se advertirá sin demora que las diferencias entre los diversos grados del vértigo epiléptico, del ataque incompleto, del ataque completo, y los síntomas correspondientes á cada uno de estos grados, y que pueden ser referidos á otras afecciones del cerebro, son casi inapreciables. Desde la ausencia epiléptica mas ligera, preludio apacible de grandes peligros, hasta el ataque epiléptico completo mejor caracterizado, hay una série numerosa de grados intermedios que el observador atento puede conocer; pero que ignora el médico superficial y confiado.

En la práctica se diagnostica muchas veces la naturaleza epiléptica de ciertos fenómenos, mas bien por una especie de intuicion que siguiendo la via trazada por las descripciones científicas; y no es que esta materia no se haya estudiado detenidamente, sino porque como en otros muchos casos se reconoce el hecho sin dar la esplicacion.

Considerando aisladamente cada uno de los síntomas de la epilepsia, se llega á comprender que no hay uno solo que sea patognomónico de esta enfermedad. En efecto; la caida inicial del acceso ó durante el ataque, tiene lugar en la síncope, la asfixia, la apoplejía; las convulsiones generales ó parciales, muy violentas ó poco sensibles, son inconstantes y se encuentran ademas en otras nevrosis; la espuma en la boca se observa algunas veces en la apoplejía, la histeria, la asfixia; la emision involuntaria de la orina, la esperma y otros productos excrementiciales, no es un síntoma exclusivo de la epilepsia; la contraccion del pulgar, su fleccion, no es constante.

*El carácter patognomónico de la epilepsia, ha dicho Esquirol, consiste en las convulsiones, la suspension de toda sensibilidad y la pérdida de conocimiento.* Esta proposicion es demasiado general y no puede aceptarse de una manera absoluta; porque si bien es cierto que hay epilepsia cuando estos tres síntomas se

presentan reunidos; tambien lo es que se encuentran epilépticos que tienen ataques incompletos; no solamente por la ausencia de uno de sus síntomas esenciales, la convulsion general, sino tambien bajo la relacion de otro síntoma igualmente importante, la pérdida de conocimiento. Hombres de muy basta experiencia han visto verdaderos epilépticos que se habian presentado primero á la observacion con pequeños ataques muy cortos é incompletos bajo el punto de vista de la pérdida de conocimiento, como bajo el de las convulsiones, y que sin embargo han sido reconocidos como tales; pues que la observacion ulterior ha venido á confirmar su diagnóstico. La coincidencia de movimientos convulsivos parciales con una pérdida de conocimiento mas ó menos completa, basta frecuentemente segun Billod, á pesar del carácter incompleto de estos pequeños ataques, para diagnosticar la existencia de la epilepsia en un individuo que ha sido antes epiléptico, ó su existencia actual en un enfermo que no tardaria en presentar ataques mas completos, que no pueden dejar duda alguna en el espíritu de nadie sobre la verdadera naturaleza del mal.

Es de la mas alta importancia caracterizar las enfermedades, porque el diagnóstico es la base de la medicina práctica; pero de ninguna manera se debe aventurar una opinion infundada, como lo han hecho algunos médicos que han reconocido un acceso epiléptico por un simple movimiento convulsivo de los lábios, de los ojos ó el torax.

De todo esto resulta que, si el diagnóstico de la epilepsia no presenta muchas dificultades cuando los accesos se presentan con la reunion de síntomas indicada por Esquirol, sucede lo contrario cuando revisten otra forma; en el primer caso, basta presenciar un solo ataque para reconocer la naturaleza del conjunto fenomenal; pero en el segundo, es casi siempre imposible distinguir á primera vista el ataque epiléptico de un ataque hístico, y sobre todo, de estos accidentes nerviosos cuya naturaleza nos es enteramente desconocida y que hasta ahora no se han podido clasificar en los cuadros nosográficos. Aquí es necesario apelar al estudio atento y largo tiempo prolongado de las circunstancias que se refieren á los accesos para llegar á establecer un diagnóstico por lo menos probable, y en todo caso no sacrificar la evidencia de los hechos al deseo de parecer precisos.



Despues de haber presentado estas consideraciones generales, comparemos la epilepsia á las afecciones con las cuales pueda ser mas fácilmente confundida.

**HISTERIA.**—La histeria es indudablemente la afeccion que mas se parece á la epilepsia; multitud de ocasiones se ha tomado una enfermedad por la otra, y como veremos despues se encuentran á veces reunidas en el mismo individuo. Los signos diferenciales siguientes son decisivos y pueden evitar un error. La histeria solo se manifiesta en la pubertad ó despues; el acceso no estalla bruscamente; es precedido ó acompañado del globo histérico ó de la constriccion en la garganta; las convulsiones son mas uniformes, mas expansivas; la fisonomía está menos alterada; el abdomen está abultado; hay gruñimientos; los enfermos no pierden el conocimiento; no caen en el estado comatoso despues de las convulsiones; se acuerdan de lo que acaba de pasar; hay menos decaimiento al concluir el ataque; siempre en los intervalos algun síntoma histérico traduce la naturaleza de la enfermedad; y por último, la histeria aunque dure mucho tiempo no destruye las facultades intelectuales.

Georget establece el diagnóstico diferencial de la epilepsia sobre los caracteres siguientes, que nunca presentan reunidos los ataques de histeria: pérdida súbita, completa y profunda del conocimiento; convulsiones mas bien tetánicas que clónicas; intensidad mas grande de las convulsiones en un lado del cuerpo que en el otro; turgescencia violada de la cara reemplazada al terminar el acceso por una palidez extrema; salida de una baba espumosa por la boca; estado de aberracion mental despues del ataque.

Todos estos signos diferenciales no existen cuando los ataques epilépticos no se presentan en su forma típica; quedan tambien sin ningun valor cuando los ataques histéricos son epiléptiformes. En estos casos, la marcha de la enfermedad, mas bien que el estudio de sus síntomas puede conducir á un diagnóstico cierto.

Beau establece: 1º que los accesos epilépticos comienzan bruscamente ó son anunciados por prodromos *próximos*; mientras que los ataques histéricos, nunca ó casi nunca aparecen sin prodromos *lejanos*. 2º que los ataques epilépticos son frecuen-



temente *simples*; mientras que los histéricos son ordinariamente *compuestos*. 3º que los ataques epilépticos sobrevienen en igual proporción de día que de noche; los ataques histéricos no aparecen mas que en el día. 4º que la epilepsia es ordinariamente congénita y se manifiesta durante la primera infancia; en tanto que la histeria no aparece sino á los diez ó veinte años.

Tales son los signos diferenciales, cuando estas dos afecciones se presentan aisladamente.

Sin embargo; la histeria es una complicación frecuente de la epilepsia; enfermos hay que son al mismo tiempo epilépticos é histéricos; pero “con un poco de hábito, dice Esquirol, se reconoce perfectamente bien á cuál de las dos enfermedades pertenecen las convulsiones que presenta el paciente en un momento dado.”

CATALEPSIA.—La catalepsia nunca podría ser motivo de un error, porque en esta nevrosis no se observan nunca convulsiones clónicas, sino una contracción tetánica, y además los enfermos presentan la particularidad muy notable de conservar la posición que se dé á sus miembros por molesta que ella sea.

ECLAMPsia.—Como enfermedad convulsiva, la eclampsia no puede distinguirse de la epilepsia sino por las circunstancias particulares en que se desarrolla. Supóngase á una muger embarazada de ocho ó nueve meses, con accesos de eclampsia; supóngase á un niño con accidentes convulsivos al principio de una fiebre eruptiva ó en el momento de la dentición, y se verá cuan difícil es apreciar diferencia alguna entre estos ataques y la forma convulsiva del mal caduco. La distinción es sin embargo posible. Tratándose de la eclampsia puerperal, es muy raro el grito inicial que se observa frecuentemente en la epilepsia; y por otra parte, como la albuminuria acompaña casi siempre á la eclampsia, el exámen de la orina por los reactivos convenientes, y en todo caso, el reconocimiento microscópico de los cilindros fibrinosos que caracterizan la enfermedad de Brihg, desvanecerán una sospecha ya tan ligera por sí misma, visto el estado de embarazo en que se presenta el ataque. Las convulsiones de la infancia, por su carácter de irregularidad, por la concomitancia de otros fenó-

menos, las circunstancias de su aparición, su fugacidad, se distinguen perfectamente de un ataque de epilepsia franca.

**EPILEPSIA SATURNINA.**—En qué debe fundarse el diagnóstico de la epilepsia saturnina? Cómo distinguir esta variedad de la epilepsia ordinaria? Esta cuestión parece á primera vista muy difícil, y ciertamente no seria posible reconocer la naturaleza de un ataque epiléptico, si solo se atendiera á las manifestaciones actuales; sus fenómenos precursivos, consecutivos, su marcha, el conocimiento de las consideraciones etiológicas, deben ser aquí el objeto de un estudio particular. Sin embargo, voy á esponer los signos diferenciales que han sido indicados por Tanquerel. En el mayor número de casos, la epilepsia vulgar marcha con lentitud; es una enfermedad esencialmente crónica que dura muchos años, toda la vida; sus ataques aparecen con intervalos considerables; dias, meses, años enteros. En la epilepsia saturnina, enfermedad esencialmente aguda, los accesos se renuevan rápidamente; dos, tres, treinta veces por dia; en este último caso no ha concluido todavía un acceso cuando ya aparecè otro. En un gran número de epilépticos las convulsiones son habitualmente mas marcadas de un lado del cuerpo que del otro; esta circunstancia no ha sido observada en la epilepsia saturnina. En la encefalopatía las convulsiones tienen una grande energía, hay contracciones violentas que van casi hasta el tétanos; la lengua es mordida mas frecuentemente en la epilepsia saturnina; este accidente se encuentra raras veces en la epilepsia ordinaria; la duración del acceso es mucho mas larga en la encefalopatía. La epilepsia saturnina es precedida ó seguida constantemente de delirio ó de coma, lo que no es muy comun en la epilepsia vulgar; en esta, el decaimiento que sucede al ataque se disipa al cabo de una media hora, ó de una hora; en la epilepsia saturnina, el coma primitivo ó consecutivo del ataque dura muchas horas, muchos dias.

Indudablemente que algunos de los caracteres diferenciales enumerados por Tanquerel, tienen un cierto valor; pero á pesar de todo esto, serian casi siempre insuficientes para distinguir un ataque de epilepsia saturnino de un ataque de epilepsia ordinario, sin el conocimiento de las circunstancias etiológicas y la observación de otros accidentes saturninos que existen casi siempre simultáneamente.



Declarada ya la encefalopatía saturnina, aparecen súbitamente y de un momento á otro, sin seguir ninguna regularidad en su marcha; el coma, la epilepsia y el delirio. El caso mas ordinario es el siguiente: el enfermo tiene primero un delirio tan ligero que el médico no lo reconoce; al cabo de algunas horas, de uno ó dos dias, sobreviene un ataque de epilepsia, á consecuencia del cual el enfermo queda trastornado algunos minutos para presentar poco despues un delirio furioso ó tranquilo.

Todas estas particularidades deben ser atendidas cuidadosamente; porque podria darse el caso de un individuo que maneje las preparaciones de plomo y tenga solo un acceso de epilepsia ordinario.

**EPILEPSIA NOCTURNA.**—Hay algunos ataques de epilepsia que son exclusivamente nocturnos y quedan ignorados por muchos años, sin que nadie sospeche la existencia de esta enfermedad; pero examinando atentamente al enfermo despues de algunas horas que ha pasado el ataque, se advierten sobre la frente, el pecho, el cuello, unas pequeñas manchas equimóticas; y la existencia de este fenómeno es de mucha importancia para el diagnóstico de la epilepsia, cuando por cualquier motivo se sospecha la existencia de esta enfermedad.

**CONGESTION CEREBRAL APOPLECTIFORME Y EPILEPSIA SINTOMÁTICA DE LESIONES CEREBRALES.**—La congestión cerebral en su forma apoplética, puede hacer creer en un ataque del mal caduco, y aun Trousseau afirmaba que ella era siempre un síntoma de la epilepsia.

Algunos autores, y particularmente Falret, no opinan de conformidad con este gran médico; para ellos, la congestión cerebral apoplectiforme, no solo puede producirse en la mayor parte de las otras afecciones del cerebro, sino que en algunos casos puede existir tambien como especie distinta.

Mencionaré primeramente entre las enfermedades que se complican de accidentes convulsivos de forma epiléptica, la parálisis general de los locos. Todos los médicos enajenistas que han observado esta enfermedad, saben muy bien que se acompaña en ciertos casos de congestiones mas ó menos intensas, ya bajo la forma de vértigos, ya bajo la forma mas grave



de ataques con pérdida de conocimiento que pueden simular perfectamente un ataque de epilepsia.

Falret, ha diagnosticado en este último caso la parálisis general incipiente, por el estudio atento de las perturbaciones ligeras de la inteligencia, ó por lesiones poco marcadas de la motilidad en los labios, la lengua, y otras partes del cuerpo.

Lo que se dice de la parálisis general que comienza por congestiones apoplectiformes ó epileptiformes, puede aplicarse también á la intoxicación alcohólica; sabido es que el envenenamiento por el abuso de las bebidas espirituosas se traduce tanto por congestiones apoplectiformes ó epileptiformes, como por el delirium tremens ó diversas lesiones de la motilidad y de la sensibilidad.

Otras intoxicaciones pueden dar lugar á fenómenos análogos; hemos mencionado ya la intoxicación saturnina.

Recordaremos también las congestiones del mismo género que se observan en las afecciones del cerebro que se reúnen ahora bajo la denominación genérica de reblandecimientos agudos ó crónicos, de cerebritis ó encefalitis locales.

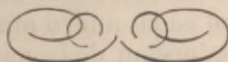
Apuntaremos por último, las diversas variedades de tumores cerebrales y lesiones orgánicas del encéfalo, que dan origen á ataques de forma apopléctica ó epiléptica, con todas las apariencias exteriores de la epilepsia; sin embargo, no deben ser confundidas con esta enfermedad; los autores les han distinguido, reservándoles la denominación de epilepsia sintomática, por oposición á la epilepsia esencial.

Sería demasiado difuso emprender pormenorizadamente el diagnóstico diferencial de cada una de estas enfermedades y la epilepsia propiamente dicha. Aquí, como en otros muchos casos, el médico no debe atenerse á los informes muy incompletos que recoge del enfermo, sino enriquecerse con el conocimiento de otros síntomas concomitantes. Su juicio definitivo debe apoyarse en las apreciaciones siguientes que lo guiarán con provecho en una cuestión tan delicada: la herencia de esta afección; la causa ocasional que ha dado lugar al primer ataque; la edad del enfermo, pues que la epilepsia se produce principalmente en la infancia ó la edad adulta; la existencia anterior de vértigos epilépticos, ó de grandes ataques de forma convulsiva; la mordedura de la lengua, la emisión involuntaria de la orina; las pequeñas equimosis sobre la

frente y el cuello; la produccion instantánea del ataque sin prodromos muy marcados. Pero lo que sobre todo debe fijar la atencion; el carácter distintivo mas esencial; el que mejor puede servir para distinguir de una manera general los ataques congestivos de origen epiléptico de los que dependen de otra afeccion cerebral: es, su carácter francamente intermitente.

EPILEPSIA SIMULADA.—La epilepsia puede ser simulada; y esta enfermedad, ha dicho Tissot, es la que se afecta mas frecuentemente por la compasion que ella inspira y porque no exige mas que una representacion momentánea; pero á cualquiera que haya estudiando escrupulosamente los signos de la epilepsia, no le será muy difícil reconocer una impostura.

Me escuso de esponer detenidamente las particularidades muy notables que se refieren al estudio de este diagnóstico diferencial, porque son demasiado conocidas; pero al concluir, no puedo pasar en silencio las reglas generales siguientes, que reasumen lo que hay de mas importante en esta materia: 1<sup>a</sup> examinar con mucha atencion todo lo que pudiera haber producido una epilepsia verdadera. 2<sup>a</sup> si el individuo tiene algunos motivos para fingir. 3<sup>a</sup> si todos los síntomas son semejantes á los que caracterizan la epilepsia natural, y 4<sup>a</sup> procurar sorprender á los enfermos con sensaciones inesperadas.



## PARTE TERCERA.

—88—

### ESTADO MENTAL DE LOS EPILÉPTICOS.

---

#### PERTURBACIONES PASAGERAS DE LA INTELIGENCIA.

1º ANTES DEL ACCESO.—Los ataques convulsivos de la epilepsia son precedidos en algunos casos no muy frecuentes ni muy raros, de perturbaciones intelectuales y modificaciones del carácter. Algunos epilépticos se ponen tristes, irritables, querellosos pocas horas antes del ataque. Otros experimentan una obtusion en las ideas, lentitud en las concepciones, una postracion física y moral. Otros, en fin, manifiestan una alegría insólita, un sentimiento de bienestar general; y en algunas ocasiones una movilidad, una locuacidad extraordinaria que puede ir hasta la escitacion maniaca.

Ademas de estos síntomas precursores, hay otros podromos intelectuales que se anticipan algunos minutos á la aparicion del acceso convulsivo. Los epilépticos tienen la misma idea, la misma alucinacion en el momento en que estalla el acceso; y cosa notable; esta misma idea, esta misma alucinacion aparecen uniformemente en cada nuevo ataque. Muy singular es tambien, que la reproduccion de la misma idea que motivó el primer ataque cuando la epilepsia tiene una causa moral, provoque un nuevo paroxismo.

2º EN EL ACCESO.—Durante el ataque la pérdida de conocimiento es completa, el enfermo no profiere palabra alguna, pierde toda relacion con el mundo exterior y no conserva ningun recuerdo de lo que le ha pasado; sin embargo, en ciertos ataques incompletos ó abortados, los pacientes profieren sonidos in-



comprensibles, balbucean algunas palabras incoherentes que parecen indicar un profundo terror. En estos casos, los enfermos conservan un recuerdo muy vago de las ideas que los atormentaban cuando se estaba verificando el acceso.

3º **DESPUES DEL ACCESO.**—Las perturbaciones psíquicas, que siguen á los ataques de epilepsia, tienen mas importancia que las que le preceden y acompañan. Un individuo que acaba de tener un acceso de epilepsia, se encuentra durante un cierto tiempo que varía de algunos minutos á algunas horas, en cierto estado de decadencia física y moral, de semi-estupidez; no puede coordinar sus ideas, tiene la comprension difícil, la memoria incierta, está triste, abatido. Pero independientemente de esta torpeza física y moral, hay otras perturbaciones mas profundas de la inteligencia y el carácter que sobrevienen despues de los ataques. Estas perturbaciones son muy fugaces y deben ser consideradas por esto mismo como íntimamente ligadas á los ataques y como bajo su dependencia inmediata. El trastorno intelectual no es ya tranquilo y apacible, sino que reviste el carácter de la violencia mas grande ó de la simple escitacion maniaca. Encontrándose en el primer caso, el enfermo animado como por una pasion instintiva y ciega, poseido de un furor pasajero pero terrible; mata, destruye, incendia y comete los actos mas inconvenientes, sin que por esto pueda ser considerado como responsable, influenciado que estaba por un delirio automático. Encontrándose en el segundo, se agita en todos sentidos, se entrega á movimientos mas bien desordenados que violentos, habla sin hilacion, es dominado alternativamente por ideas tristes y placenteras; en una palabra, está bajo la influencia de una sucesion rápida de pensamientos incoherentes pero que no presentan el carácter furioso que se nota en el primer caso.

#### PERTURBACIONES DURABLES EN EL INTERVALO DE LOS ACCESOS.

La mayor parte de los autores están acordes en admitir, que los epilépticos padecen alteraciones mas ó menos considerables del espíritu y del carácter; pero advierten tambien, que no por esto deben ser considerados como locos.

La irritabilidad es el carácter dominante en la conducta de

los epilépticos. En el mayor número de casos, son muy susceptibles; la mas ligera contrariedad, el mas leve disgusto, el motivo mas insignificante producen en ellos la cólera, la indignacion y el desprecio; y cosa notable; este estado alterna con disposiciones enteramente inversas, pues que en otras ocasiones son tímidos, cariñosos y condescendientes. Esta volubilidad afectiva, digámoslo así, es lo que constituye el fondo del carácter epiléptico.

Adviértase tambien que esta variabilidad que se nota en su carácter, se nota igualmente en su humor y en sus disposiciones intelectuales; unas veces están tristes y como avergonzados de su situacion; en otras tienen un sentimiento de bienestar interior que les hace concebir en perspectiva los mas grandes proyectos, las mas irrealizables esperanzas; ya afectuosos y humildes son el modelo de la prudencia y de la sumision, ó insoportables y violentos se hacen inaguantables para la sociedad que siempre les debe consideracion y respeto.

Los mismos contrastes que se observan en sus sentimientos se hacen palpables en el grado de su inteligencia y en la naturaleza de las ideas que los preocupan. Nada es mas variable que las resoluciones de su espíritu y el nivel de su inteligencia. Ya para ellos todo es confusion, olvido, incapacidad y torpeza; ó por el contrario, presentan una verdadera actividad intelectual, una circulacion rápida de ideas que corresponde á un cierto grado de escitacion cerebral.

Todas las irregularidades que existen en sus sentimientos, se reflejan necesariamente en sus palabras y en sus actos. Durante ciertos periodos de su existencia se muestran dóciles, laboriosos, exactos y atentos en los trabajos de su profesion; pero en otros momentos, son negligentes, perezosos y abandonados; viven en la inaccion mas completa.

En resúmen; la intermitencia de los fenómenos psíquicos en el orden de los sentimientos, del carácter y de las facultades intelectuales, es la señal dominante de los epilépticos.

#### LOCURA EPILÉPTICA.

Hay dos variedades de delirio epiléptico que se caracterizan perfectamente á pesar de su verdadera comunidad de origen.

Para facilitar su descripcion y traer á la memoria la co-



nexion tan íntima que existe entre las manifestaciones físicas y las manifestaciones psíquicas de esta enfermedad, los autores han convenido recientemente en denominarlas: á la una, *el pequeño mal*, y á la otra, *el gran mal*.

PEQUEÑO MAL.—Esta variedad de acceso delirante, que como la que describiremos despues, está en relacion con los accesos convulsivos ó se produce fuera de su influencia; consiste en perturbaciones intelectuales que ocupan un término medio entre las anomalías ligeras que hemos ya enumerado y los accesos de furor maniaco de que hablaremos á tiempo. Este estado mental aparece bajo forma de accesos y tiene una duracion variable de una hora á muchos dias. Se manifiesta principalmente por una gran confusion de ideas, impulsiones instintivas y actos violentos. La morosidad, la tristeza inmotivadas, anuncian en estos enfermos la inminencia de esta forma particular de delirio; presa ya de él, estos desgraciados se encuentran en un profundo desaliento, pierden la claridad en sus ideas, se irritan contra todo lo que se encuentra á su derredor, tienen un conocimiento muy vago del estado en que se halla su espíritu, comprenden aunque de una manera incompleta la debilidad de su memoria, la dificultad de reunir sus pensamientos, fijar su atencion, así como tambien las impulsiones violentas que surgen en su espíritu. Pero lo que hay sobre todo de notable en el *pequeño mal*, lo que verdaderamente llama la atencion por su frecuencia: es, el yugo de la voluntad á un sentimiento impulsivo interior que domina irrevocablemente en los actos violentos que comete un epiléptico. Los que padecen este delirio, dicen en efecto; con distintas espresiones segun su grado de educacion, pero equivaliendo siempre á estas simples palabras: que no depende de ellos, que su mal es el que los impulsa, que tienen en sí un mal espíritu que los domina.

Los enfermos poseidos de esta forma de delirio, dejan sus ocupaciones, abandonan sus domicilios para andar vagando por las calles; por los campos. Esta necesidad de andar á la casualidad, sin objeto, sin direccion y de una menera automática, es casi constante en esta situacion del espíritu y merece ser señalada.

El carácter impulsivo, momentáneo y violento del delirio



epiléptico es verdaderamente notable. En medio de la confusión de ideas que hemos notado antes, estos enfermos se sienten horriblemente desgraciados; creense perseguidos por algun miembro de su familia, por un amigo. Si abrigaban sentimientos de venganza contra cierta persona, estos sentimientos se reaniman con la enfermedad y llegado el caso pueden quedar satisfechos. Los enfermos en su arrebató; se suicidan, roban, incendian, matan, agotan en fin su furor contra todo lo que encuentran á su paso; pero con cierto encarnizamiento, digámoslo así; porque sus golpes son redoblados, infieren muchas heridas, hacen muchas víctimas. Esta última circunstancia, es característica segun ciertos autores, de este estado de furor epiléptico.

Los epilépticos que padecen este género de delirio, despues de que han consumado un acto violento, pueden presentarse en situaciones mentales muy diferentes; pero en todos los casos, la pérdida de la memoria, el olvido de las cosas pasadas, es un síntoma muy importante de este estado mental y que no debe perderse de vista cuando el médico como perito tenga que resolver algun caso de medicina legal.

GRAN MAL.—Esta forma particular de delirio, conocida generalmente con el nombre de *manía furiosa*, ha sido descrita detalladamente en ciertos escritos especiales. Nos concretaremos aquí á señalar los caracteres distintivos que presenta esta variedad de enfermedad mental, comparada con otros estados maniacos análogos.

El carácter mas saliente y propio de la manía epiléptica: es, su invasion mucho mas brusca que la de las otras variedades de manía. En algunos casos ella comienza inopinadamente sin ser precedida de ningun síntoma prodrómico. En otros existen algunos signos precursores físicos; como cefalalgia, vómitos, brillantez de los ojos, movimientos convulsivos de la cara, de los miembros; ó morales; consistiendo principalmente en ligerós grados de escitacion é irritabilidad; pero nunca estos síntomas premonitores preceden mas de algunas horas á la explosion de la manía epiléptica.

Otro carácter igualmente importante y que le es comun con las otras manías intermitentes; consiste, en la semejanza general y particular de todos y cada uno de los accesos en un mismo enfermo. Cuando se comparan en efecto los fenóme-

nos ya observados con los que se presenciaban nuevamente, se advierte no sin sorpresa; que el epiléptico tiene las mismas ideas, profiere las mismas palabras, se entrega á los mismos actos que en los paroxismos pasados.

Los fenómenos psíquicos actuales que presentan los epilépticos en un paroxismo, son los mismos que caracterizan el estado maniaco en general: sucesión rápida de ideas, locuacidad extraordinaria, emociones variadas, actos desordenados y violentos; pero tan violentos, que los autores han hecho de esta particularidad una mención especial, y han asentado por otra parte; que los maniacos epilépticos son los mas dañosos de todos los locos.

Aun hay mas; al carácter de extrema violencia que distingue la manía epiléptica de los otros estados maniacos, se une, la naturaleza aterrorizante de las ideas que los dominan y las alucinaciones frecuentes de la misma naturaleza que se producen en estos casos. Los enfermos tienen visiones continuas, ven fantasmas, hombres armados que se precipitan sobre ellos para darles la muerte; notan sin cesar objetos luminosos, círculos de fuego; y en muchas ocasiones, el color rojo y la presencia de la sangre predominan sobre todo lo demas.

Tenemos que señalar todavia una particularidad muy importante. Las palabras que profieren los maniacos epilépticos, á pesar de un desórden tan violento; son menos incoherentes y mas claras que las que profieren las otras especies de locos. Su delirio es mas seguido y mas comprensible que lo que lo es habitualmente en las otras manías. Estos enfermos entienden mejor las preguntas que se les hacen, responden á ellas mas directamente y de una manera mas exacta.

La incoherencia menos grande del delirio y el señalamiento mas pronunciado de las ideas durante los accesos de manía epiléptica que acabamos de indicar, son tanto mas notables, cuanto que contrastan con el olvido completo del pasado despues del acceso.

Digamos una vez por todas, que los accesos de manía epiléptica no duran mas que algunos dias, que cesan tan bruscamente como habian comenzado; y quedará completo el cuadro diferencial que tanto interesa conocer para algunos casos determinados.

Con todo esto, quedan ya descritas las dos formas de deli-



rie epiléptico que hemos llamado *pequeño mal*, y *gran mal*. Estas dos formas aunque tengan el mismo origen se presentan como ya lo hemos visto bajo dos aspectos bien diferentes. La calma de los movimientos, la lucidez parcial de las ideas, la apariencia de razon en el pequeño mal, contrastan singularmente con la violencia extrema de los actos, la locuacidad extraordinaria del gran mal.

Aparte de esto, se notan ciertas analogías que les son comunes; pero que les diferencian perfectamente de las otras enfermedades mentales. Las dos formas se muestran por accesos relativamente cortos; las dos formas tienen una explosion rápida; las dos formas tienen por carácter comun la violencia y la instantaneidad de los actos, así como la naturaleza penosa y aterrorizante de las concepciones delirantes; en las dos se reconoce una cesacion tan brusca del paroxismo como lo ha sido su invasion; en las dos hay por último, un olvido parcial ó total de los diversos pormenores del acceso.

### CONCLUSION.

Despues de redactado este pequeño trabajo, no he podido menos que recordar un consejo del gran Tertuliano; quien decia á los escritores y publicistas de su época: “Los que escribís; hacedlo sobre una materia que sea igual á vuestras fuerzas.”

Por lo que á mí toca, tal vez he quebrantado la consigna de este grande hombre; tal vez he traslimitado mis deseos de la esfera de mi capacidad; tal vez he oscurecido los puntos que forman el objeto de mi Tesis queriendo esclarecerlos; pero todo esto; señores, quedará cubierto; no lo dudo, con el velo de mi sinceridad y la benevolencia de vuestra acogida.

Carlos L. Chaix.